

Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil.

Absenteeism of specialized consultations in the public health system: relationship between causes and the work process of family health teams, João Pessoa - PB, Brazil.

El absentismo de consultas especializadas en el sistema de salud pública: la relación entre las causas y el proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia, João Pessoa - PB, Brasil.

Ronald Pereira Cavalcanti¹

Jaqueline Cristina Mota Cavalcanti²

Rossana Maria Souto Maior Serrano³

Paulo Roberto de Santana⁴

RESUMO

O absenteísmo dos usuários nos serviços de saúde pública é um tema de constante abordagem na gestão do Sistema Único de Saúde. O município João Pessoa adotou ações de acompanhamento do absenteísmo de consultas

especializadas o que despertou a necessidade de avaliar suas causas, relacionando ao processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. Foram realizadas visitas de observação e entrevistas a usuários em áreas de três equipes de saúde da família, complementadas com dados secundários e revisão bibliográfica. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e análise de conteúdo de narrativa. Verificou-se um aumento de 7% do absenteísmo no período 2009/2010; discrepância nesse aumento entre as três equipes estudadas; relação do absenteísmo inversamente proporcional ao número de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde; não

1 Universidade Estadual da Paraíba. Professor efetivo.

2 Especialista, UFPB/ NESC.

3 UFPB/CCS. Professora adjunta.

4 UFPE/CAV. Professor adjunto II.

houve relação direta do absenteísmo com excesso de encaminhamentos para consultas especializadas. Nesse estudo foi possível observar que se trata de um fenômeno multi - causal, onde as relações de causa / efeito perpassam todos os atores envolvidos (trabalhadores, gestão e usuários), sendo as causas relacionadas com o serviço e gestão neste artigo entendidas como passíveis de correções mediante readequação do processo de trabalho das equipes.

Palavras-chaves: Absenteísmo, saúde da família, regulação governamental.

ABSTRACT

Absenteeism users of public health services is a topic of constant approach in the management of the Unified Health System John Person. The municipality has adopted the follow-up actions: absenteeism specialist consultations which sparked the need to assess their causes, relating to the process of work of the Family Health Teams. Visits were carried out: observation and interviews with users in three areas of family health teams, supplemented with secondary data and literature review. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis of narrative. There was a 7% increase in absenteeism during the period 2009/2010, this increased discrepancy between the three teams studied, compared the absenteeism inversely proportional to the number of home visits by community health workers, there was no direct relationship with excessive absenteeism referrals for specialist consultations. In this study we observed that it is a phenomenon multi - causal, where the relations of cause / effect pervade all stakeholders (employees, management and users), and the related

causes and management service in this article understood as capable of corrections through the readjustment process work teams.

Keywords: Absenteeism, family health, government regulation.

RESUMEN

Ausentismo usuarios de los servicios de salud pública es un tema de enfoque constante en la gestión del Sistema Único de Salud John Person. El municipio ha adoptado las medidas de seguimiento de absentismo: consultas de especialistas que dieron origen a la necesidad de valorar sus causas, en relación con el proceso de el trabajo de los Equipos de Salud de la Familia. Las visitas se llevaron a cabo: la observación y entrevistas con los usuarios en tres áreas de equipos de salud familiar, complementadas con datos secundarios y revisión de la literatura. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y análisis de contenido de la narrativa. Hubo un aumento del 7% en el ausentismo en el período 2009/2010, esta discrepancia cada vez mayor entre los tres equipos estudiados, en comparación con el absentismo inversamente proporcional al número de visitas a los hogares de los trabajadores sanitarios de la comunidad, no existía una relación directa con el ausentismo excesivo: referencias para consultas especializadas. En este estudio se observó que se trata de un fenómeno multi - causal, donde prevalecen las relaciones de causa / efecto: todas las partes interesadas (empleados, gestión y usuarios), y las causas relacionadas con la gestión y el servicio de este artículo se entiende como capaces de correcciones a través de los equipos de trabajo de reajuste del proceso.

Palabras clave: absentismo, salud de la familia, regulación gubernamental.

INTRODUÇÃO

O SUS, desde sua criação em 1988, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Contudo, persistem muitos problemas a serem enfrentados para aprimorá-lo como um sistema universal que possa prestar serviços de qualidade a toda população brasileira ¹. Como exemplo, entre outros, destaca-se a insuficiência e assimetria na distribuição da oferta e no acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar, e também a baixa articulação desses com a atenção primária. São produtos desse processo a existência de demanda reprimida, a descontinuidade do atendimento e a inadequação da oferta às necessidades da população. Esse quadro se agrava, tendo em vista as dificuldades da atenção primária em efetivar-se como principal *locus* do acolhimento e de coordenação do cuidado no processo de organização da atenção à saúde ².

Além desses desafios, outros surgem com a execução de mais recursos financeiros para a saúde advindos do crescimento do Produto Interno Bruto do Brasil, previstos na Lei nº 141 de 2012; a adoção de gestões contratualizadas com serviços privados em vários estados do país; a descentralização de serviços, o envelhecimento da população e o desenvolvimento das doenças crônicas.

A descentralização das ações e serviços de saúde para os estados e municípios, prevista no artigo 198 da Constituição Federal, com

vistas à universalidade do acesso ampliou as responsabilidades e atribuições desses entes da federação ³. Apesar de ter sido intensificada durante a década de 1990, determinadas pelas Normas Operacionais Básicas, a descentralização ainda é uma diretriz prioritária previstas no Pacto Pela Saúde, na recente Lei nº 7.508 de 2011, que regulamenta a lei orgânica do SUS nº 8.080 de 1990 e na Lei nº 141 de 2012, ao determinar a metodologia e os critérios de repasse dos recursos da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios.

Pouco mais de dez anos após a criação da primeira norma operacional básica em 1990, onde se priorizou a definição de responsabilidades entre gestores federal, estadual e municipal e a descentralização de ações e serviços, são apresentadas em 2001 as propostas de Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Ambos são definidos na Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS) nº 01/2001 como instrumentos essenciais de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do SUS, de alocação dos recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre as três esferas de governo.

No ano seguinte, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2002 estabeleceu critérios para a regulação assistencial onde ainda neste ano de 2012, encontram-se 1% dos municípios na condição de gestão da saúde como “gestão plena” ⁴. Com vistas a incorporar avanços na NOAS 2002, está em vigor desde 2006 o Pacto pela Saúde, com aproximadamente 81,8% de adesão dos municípios ⁴. Nas diretrizes operacionais do pacto constam conceitos das principais estruturas regulatórias, os princípios

orientadores do processo de regulação, definem algumas metas gerais e explicitam as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal”⁵. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros níveis da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da regulação iniciada pelos profissionais da atenção básica até o acesso a outros níveis da rede de serviços nas condições e no tempo adequado, com equidade⁵.

Apesar estabelecer requisitos para a regulação da atenção em saúde, a política nacional de regulação em vigor apresenta aspectos relacionados a macro e micro-processos de planejamento, orientando necessidades gerais, sem especificar parâmetros de qualidade e procedimentos de monitoramento^{1,6}. Porém, parâmetros podem ser formulados levando em consideração a satisfação do usuário ou ao atendimento das necessidades e demandas de uma população⁷.

Em conformidade com o processo de descentralização e avanço da gestão, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS dispõe sobre a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação visando a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde¹. Nesse sentido a implantação de redes de saúde enfrenta vários desafios. Principalmente porque ao mesmo tempo em que a rede de serviços de saúde é a única forma de garantir acesso ao cuidado integral de forma equânime, esta envolve disputas de poder e requer decisões de política pública que certamente ferem interesses privados. Um

dos elementos que deve ser considerado nessa dinâmica é o forte interesse de setores privados corporativos, que tornam complexo o mercado de prestação de serviços na saúde. Por isso, a regulação dessas relações, orientada pela lógica pública e pelas necessidades de saúde da população é um elemento fundamental a ser aprofundado na condução da política de saúde^{8,9}.

No Município de João Pessoa, em 2007, foi iniciada a descentralização do sistema de regulação do acesso a consultas e exames, ficando sob responsabilidade dos Distritos Sanitários (DS) a marcação de procedimentos diagnósticos e consultas especializadas. Com essa implantação do sistema de regulação, os prestadores de serviços do município passaram a atender a uma demanda organizada, criando-se um fluxo de atendimento aos usuários de forma regulada, de acordo com a política nacional de regulação. A definição desse fluxo assistencial no município permitiu que a gestão obtivesse um melhor diagnóstico das ofertas, do acesso e das demandas dos cidadãos a partir da qualificação das atividades de planejamento, regulação, controle e avaliação dos serviços prestados à população¹⁰.

Com a gestão municipal regulando o acesso, superando a lógica do agendamento de consultas e exames por ordem de chegada aos serviços, onde os usuários tinham que passar as madrugadas nas filas para tentar garantir o atendimento, o usuário passou a se deslocar aos serviços especializados com a garantia de vaga, com dia e hora marcados. Como ainda não foi resolvido por completo o problema de demanda reprimida, a garantia do acesso ao atendimento especializado ainda é um desafio, mesmo com aumentos gradativos dessas

ofertas.

Como problema, além da demanda reprimida, destaca-se o absenteísmo de consultas especializadas, ou seja, a falta dos usuários às consultas agendadas.

Pelos eventos expostos acima ficou definido como objetivo geral neste estudo “avaliar o absenteísmo de consultas especializadas, visando identificar suas possíveis causas a partir da ótica de usuários faltosos aos serviços, relacionando com o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF)”.

A regulação da atenção em saúde: conceitos e normativa

A palavra regulação vem do latim, *regula* - vara reta, barra, régua; relacionado a *regere* - reger, ordenar, controlar, dirigir, guiar. Em sentido geral, “regulação” é o conjunto de técnicas ou ações que, ao serem aplicadas a um processo, dispositivo, máquina, organização ou sistema, permitem alcançar a estabilidade de, ou a conformidade continuada a, um comportamento previamente definido e almejado. A regulação em saúde é o desenvolvimento de estratégias que viabilizem o acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde. Atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, para garantir a melhor alternativa assistencial em face das necessidades de atenção e de assistência à saúde da população. Além disso, deve possibilitar a responsabilização dos gestores frente a estas necessidades ¹¹.

Importante destacar que há uma distinção entre “regulação da atenção à saúde” e

“regulação da assistência à saúde”. Para efeitos deste estudo, foram adotados os seguintes conceitos, conforme o Pacto pela Saúde:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Neste estudo o conceito adotado é o da regulação da atenção à saúde.

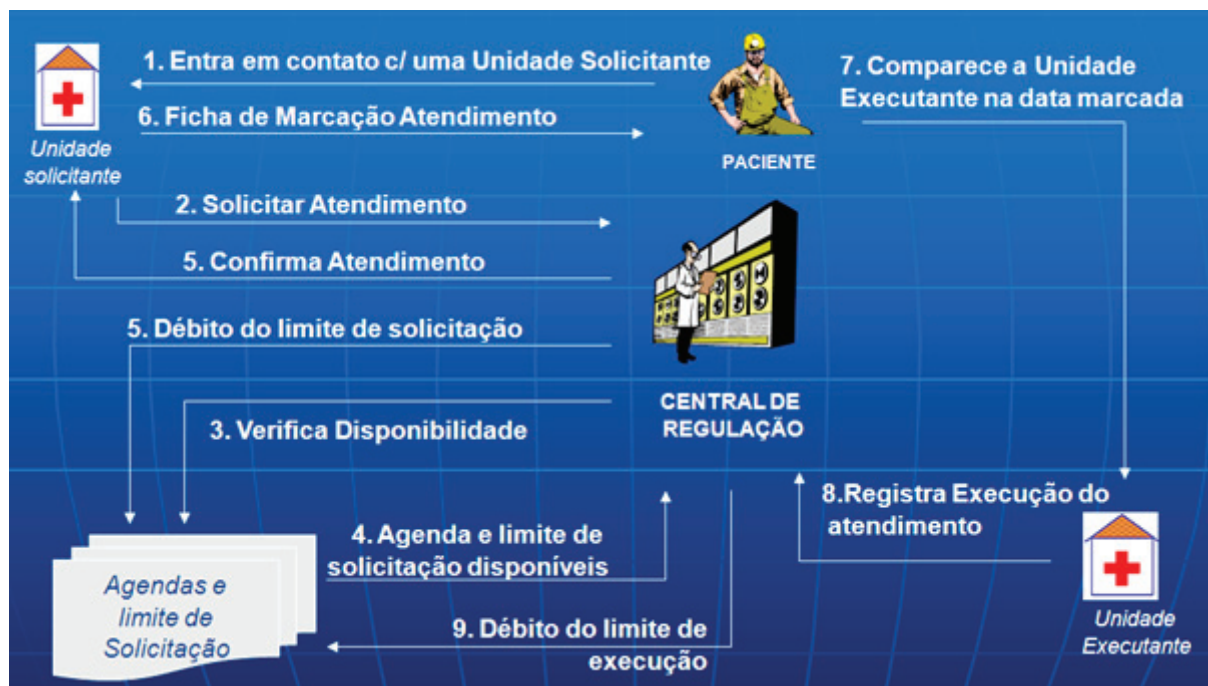
Outros conceitos importantes para efeito deste estudo, são a “necessidade” de saúde e a “demanda” de saúde, visto que interfere no processo de organização da oferta e do acesso aos serviços de saúde. Nem toda demanda é uma necessidade, porém requer respostas dos serviços de saúde. E há também necessidades que não são demandadas pelo usuário, porém requerem a identificação da equipe da rede de saúde para a solução do problema. As demandas do usuário são geradas muitas vezes pelos serviços / prestadores, e não pela necessidade de saúde, repercutindo na alocação de recursos com eficiência e eficácia ¹².

Nas ações de regulação existe uma unidade

operacional denominada **complexo regulador**. Este é composto por uma ou mais estruturas denominadas **centrais de regulação**, que compreendem toda a ação meio do processo

regulatório, isto é, recebem as solicitações (demandas) de atendimento, processam e agendam. Essas centrais de regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como

Figura 1: Fluxo do agendamento de consultas especializadas reguladas.



Fonte: Manual de implantação de complexos reguladores ¹³.

a assistência pré hospitalar e inter hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, conforme **figura 1** ¹³.

O Sistema de Regulação (SISREG), sistema informatizado da central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, no período de 1999-2002, foi criado para gerenciamento de todo Complexo Regulatório incluindo desde a rede básica de saúde à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a melhoria na utilização dos recursos ¹³.

A efetivação da regulação da assistência pressupõe:

a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência; b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede; c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais; d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle

e avaliação¹³.

São objetivos da regulação:

a) Oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial; b) Organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime; c) Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população; d) Otimizar a utilização dos recursos disponíveis; e) Fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação; f) Fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada (PPI)¹³.

Para que esses objetivos sejam alcançados, é importante que algumas ações sejam empreendidas antes do processo de regulação propriamente dito, que são:

a) A definição da estratégia de regionalização, visando garantir uma rede assistencial regionalizada e hierarquizada, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI); b) Definição das interfaces da regulação com planejamento, programação, controle e avaliação, através do Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação (PDCRA); c) A avaliação das necessidades de saúde, planejamento e programação, englobando aspectos epidemiológicos e logísticos, tais como recursos humanos, materiais, financeiros e informacionais, necessários às áreas administrativa e assistencial, para que sejam atendidas as necessidades da população; d) Delegação de autoridade ao agente regulador para exercer a responsabilidade sobre a

regulação, com base em protocolos clínicos e operacionais¹³.

São responsabilidades da regulação no município:

a) Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços; b) Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais; c) Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde; d) Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais; e) Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais; f) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; g) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; h) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços; i) Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida; j) Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação; l) Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas; m) Elaborar contratos com os prestadores de

acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; n) Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas; o) Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial; p) Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços; q) Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território ¹³.

A estruturação de sistemas de saúde regulados apresenta relação direta com a descentralização dos serviços de saúde para os estados e municípios, pois determinou a divisão de responsabilidades e atribuições entre os níveis de governo federal, estadual e municipal, assim como entre cidadãos, setor público e setor privado. A prestação de serviços na área da saúde apresenta-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. As falhas de mercado que ocorrem no setor saúde justificam a regulação pelo Estado para alcançar a otimização na alocação e distribuição dos recursos ³. Ressalta-se ainda a necessidade de observação constante por parte da gestão dos serviços de saúde quanto à capacidade da atenção básica em saúde onde devem ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população ¹⁴, o que resultaria em um limite de até 20% de consultas encaminhadas do total de consultas realizadas na atenção básica. O excesso de encaminhamentos para especialistas impacta em serviços pouco

resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário ¹⁵. A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades ¹⁶.

Características contextuais do local do estudo

O município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, integra o 1º Núcleo Regional de Saúde do Estado da Paraíba, juntamente com mais 24 municípios. Possui 723.514 habitantes ¹⁸, distribuídos em 66 bairros, onde a gestão da saúde é descentralizada e organizada em cinco Distritos Sanitários ¹⁹.

Dentre as ações definidas pela SMS para a organização de rede de atenção, a estratégia de saúde da família constitui um eixo norteador. O Município implantou as primeiras sete ESF em maio de 2000. Esse número foi ampliado entre 2001 e 2004, passando de 39 equipes em 2001 para 144 em 2003, chegando a 180 equipes em outubro de 2004, cobrindo 86% da população com ações e serviços de atenção básica¹⁹.

A rede especializada está composta por três Centros de Saúde Especializada, três Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um CAPS infantil e um CAPS III (internamento), uma Residência Terapêutica (Mandacaru), um Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Centro de

Controle de Zoonoses e o Laboratório Central do Município; a rede hospitalar sob gestão municipal é composta predominantemente por hospitais públicos, dos quais quatro são próprios¹⁹.

O território do Distrito Sanitário IV (DSIV) está localizado na zona norte do município de João Pessoa e é dividido em 13 bairros, dentre eles o Roger.

O bairro do Roger é dos mais antigos de João Pessoa, e possui marcos da cidade como: o Parque Arruda Câmara (Bica), o antigo Lixão da cidade e o maior presídio da cidade (Penitenciária Dês. Flósculo da Nóbrega), o que atrai o olhar constante da cidade. A sua singularidade em relação aos outros bairros, refere-se ao seu aspecto de comunidade dual, devido à existência da divisão imaginária entre os moradores do bairro em “alto Roger” (território localizado na parte alta do bairro e que tem poder aquisitivo e infraestrutura em melhores condições) e “baixo Roger” (onde existia o Antigo Lixão)²⁰. Essa divisão tem muita relação com sua história, sua ocupação e suas particularidades demográficas, epidemiológicas, sociais, históricas e ambientais que promovem conseqüentemente condições particulares para o processo saúde / doença dessa população.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, de abordagem quantitativa, transversal, realizado a partir de fontes primárias (questionário) e secundárias (documentos e bancos de dados oficiais da Central de marcação de consultas do município de João Pessoa). Foram realizadas visitas de observação e entrevistas com

usuários nas áreas de três equipes de saúde da família pertencentes ao bairro do Roger do Distrito Sanitário IV (DSIV), complementadas com dados secundários e revisão bibliográfica.

O estudo abordou as seguintes questões condutoras: como vem se apresentando o absenteísmo dos usuários às consultas especializadas no Bairro do Roger no período 2009/2010? Existe diferença no número de absenteísmo entre as equipes de saúde da família? Quais são as causas desses absenteísmos? Existe relação entre o absenteísmo e o processo de trabalho das ESF?

Para responder as perguntas acima, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Comparar o absenteísmo entre as Equipes de Saúde da Família no período 2009/2010.
- Identificar elementos no processo de trabalho das equipes das USF que possam ter relação o absenteísmo;
- Identificar as causas relevantes do absenteísmo segundo os usuários moradores do bairro do Roger;
- Analisar a proporção dos encaminhamentos/consultas especializadas marcadas/absenteísmo;
- Propor estratégias que norteiem o enfrentamento ao absenteísmo.

A amostra foi definida a partir da população de usuários faltosos das consultas especializadas que tinham sido encaminhadas através das três equipes de saúde do bairro do Roger, USF Roger I, II e III. Por motivos

de logística, foram eleitos aleatoriamente o total de 30 usuários, sendo 10 usuários de cada equipe de saúde. Esse tamanho de amostra foi validado pela técnica de saturação ou redundância de informação obtida ²¹. À leitura das respostas às entrevistas verificou-se a necessidade de ampliar a amostra para 45 usuários, mantendo-se a proporção igualitária entre as equipes. Para atingir a saturação das respostas foram visitados 48 usuários, sendo que três recusaram a participação por motivos pessoais.

Como critério de inclusão foram escolhidos os usuários que tenham faltado a consultas especializadas durante o período de janeiro a junho de 2010; aquele que reside em área que tenha cobertura da Estratégia de Saúde da Família bairro do Roger / DSIV e que esteja localizado em microárea com Agente de Saúde; permissão para participação no estudo, através do termo de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo.

Os critérios de exclusões referiram-se aos usuários que não residiam em área que tinha cobertura da ESF no bairro do Roger/ DSIV e que não estivesse localizado em microarea com Agente de Saúde; usuários que não tivessem faltado a consultas especializadas durante o período de janeiro a junho de 2010; usuários que não permitiram a realização da investigação.

Para obtenção dos dados primários utilizados na análise qualitativa do estudo foram aplicados aos usuários questionários contendo questões abertas e fechadas. Os entrevistados foram abordados pela própria pesquisadora em seus domicílios, nos turnos da manhã ou tarde, onde foi explanado o objeto do estudo,

feito o convite e a partir do consentimento formalizado se iniciou a aplicação do questionário de sete perguntas de múltipla escolha com possibilidade de respostas abertas se as opções não contemplassem. Utilizou-se em média de 20 minutos para cada aplicação do questionário. A partir da análise destes dados coletados foram atingidos os objetivos de identificar as causas mais relevantes do absenteísmo segundo os usuários moradores do bairro do Roger e os elementos no processo de trabalho das equipes que poderiam ter relação com o maior ou menor absenteísmo.

Os dados secundários estão relacionados ao levantamento quantitativo do estudo. Foram colhidos um número total de consultas e encaminhamentos/mês/USF através de banco da central de marcação de consultas via intranet do sistema de regulação municipal, a partir de computadores da sede do DSIV. Essa coleta permitiu atingir os objetivos de comparar o absenteísmo do 1º semestre de 2009 com mesmo período de 2010, e avaliar se houve excesso de encaminhamentos das equipes estudadas para rede especializada, além de comparar o absenteísmo entre as equipes. Para levantar o número de visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde foi utilizada outra fonte de informação, o Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) através do sistema intranet do município, também por meio de computadores localizados na sede do DSIV. Com esta coleta alcançou-se o objetivo de identificar elementos no processo de trabalho das equipes das USF e a relação com o absenteísmo;

O processamento dos dados primários ocorreu por meio da análise de conteúdo. Esse método é frequentemente utilizado na análise

de dados qualitativos, cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento.

Considerando que as informações coletadas foram retiradas de diferentes fontes (documentos, banco de dados, levantamento de percepções dos usuários), na etapa da análise,

foram confrontadas os resultados para superar as limitações de cada metodologia, checando as consistências dos resultados.

Os dados secundários, de caráter quantitativo, foram analisados através de estatística descritiva.

Quadro 1: Características territoriais das USF's do Bairro do Roger.

		USF ROGER I	USF ROGER II	USF ROGER III
Famílias cadastradas	Total	727	822	901
Sexo (nº de usuários)	Feminino	1.353	1.343	1.454
	Masculino	1.387	1.397	1.841
Faixa Etária	7 a 14 anos	520	379	407
	15 a 39	1336	1330	1397
	40 a 59	488	655	794
	60 anos	202	333	550
15 anos ou mais, alfabetizados		72%	76%	80%
Tratamento de água no domicílio	sem tratamento	69,8%	61,31%	45,73%
Usuários com plano de saúde		0,73%	3,77%	11,62%
Destino do Lixo	Coleta publica	87%	99%	98%
	Céu aberto	9,35%	0	1,33%

Fonte: Pesquisa de campo. SIAB. SISREG. 2010.

Aspectos éticos

Todas as coletas dos dados primários e secundários foram realizadas com termo de consentimento livre e esclarecido e termo de anuência, de acordo com os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Deu-se a liberdade aos usuários entrevistados de optarem ou não pela participação na pesquisa. O estudo foi

aprovado no Comitê de Ética do Estado da Paraíba sob o nº CAAE - 4743.0.000.349-10, em 01/12/2010.

O absenteísmo nos serviços especializados

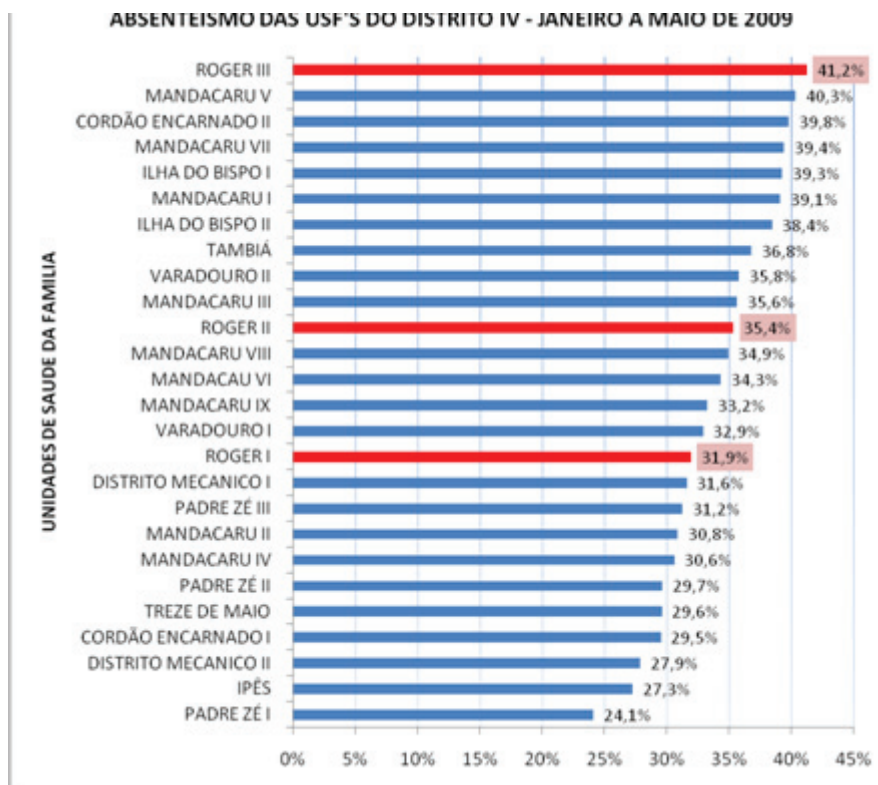
Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) estão cadastrados no bairro 8.875 usuários, sendo 2.740 cadastrados na USF Roger I, 2.840 na USF Roger II e 3.295

na USF Roger III. Quanto à localização destas unidades de saúde, as USF's ROGER I e II funcionam em um mesmo prédio, localizada na área baixa do bairro (baixo Roger) enquanto a USF ROGER III funciona na área alta do bairro (alto Roger). Mesmo se tratando de

um mesmo bairro, diferenças importantes são apresentadas em cada território, como se observa no **quadro 1** a seguir:

Em 2009 a gestão do DS IV realizou um levantamento da proporção do absenteísmo

Gráfico 1. Absenteísmo em consultas por USF do DSIV no período de janeiro a maio de 2009.



Fonte: SMS/JP – Relatório DSIV, dez 2009

por USF, no período de janeiro a maio (ver **gráfico 1**), a fim de identificar as prioridades de intervenção. Foi observada que a USF ROGER III apresentou a maior taxa com 41,32% (acima da média do DSIV) enquanto que a menor taxa ficou com a USF Padre Zé I, com 24,19%.

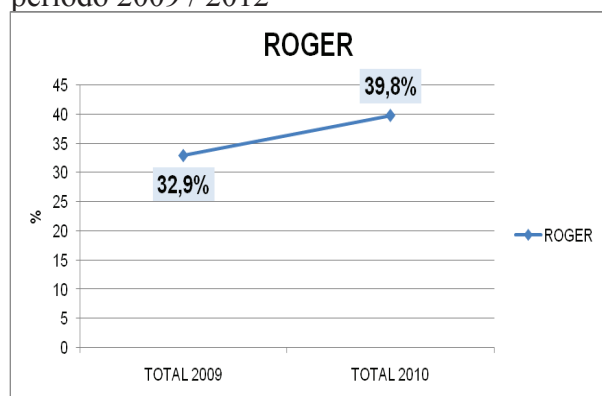
Outro resultado observado no **gráfico 01** demonstra que as unidades Roger I, II e III, apesar de estarem inseridas no mesmo bairro, apresentaram consideráveis diferenças, com absenteísmo de 31,9%, 35,4% e 41,2%, respectivamente; o que registra na maior

diferença um valor de 33%.

A partir deste levantamento a gestão do DSIV desencadeou agendas de trabalho a fim de desenvolver estratégias para diminuir o absenteísmo para abaixo de 20% ao mês.

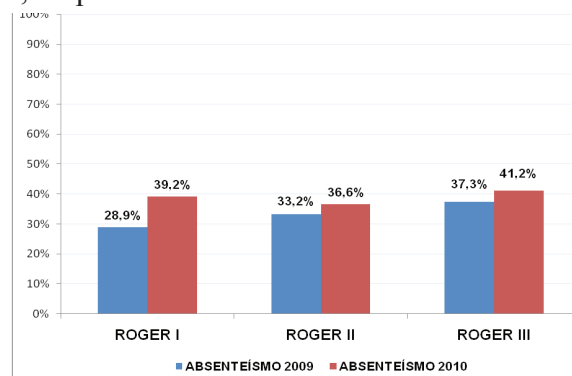
Após consultas ao banco de dados do SISREG municipal referente ao anos de 2010, obteve-se a evolução do absenteísmo (ver **gráfico 2 e 3**).

Gráfico 2. Absenteísmo no bairro do Roger, no período 2009 / 2012



Fonte: Pesquisa de campo. SISREG, 2010.

Gráfico 3. Evolução do absenteísmo por USF, no período 2009 / 2012.



Fonte: Pesquisa de campo. SISREG, 2010.

Tabela 1. Relação de encaminhamentos, absenteísmo, visita domiciliar no período 2009 / 2010, por USF.

	Mês / Ano	01/09	01/10	02/09	02/10	03/09	03/10	04/09	04/10	05/09	05/10	06/09	06/10	Total 2009	Total 2010	
R O G E R I	Encaminhamento para especialista	48	161	71	131	113	135	69	161	40	112	92	98	433	798	
	Usuário faltou consulta com especialista	17	69	19	58	36	45	11	63	11	44	33	36	127	315	
	Absenteísmo (%)	35	43	27	44	32	33	16	39	28	39	36	37	29	39	
	Famílias cadastradas sob responsabilidade dos ACS		1207		1145		1311		990		940		1135			
	Famílias visitadas pelos ACS		949		799		895		646		537		769			
	Cobertura de visita do ACS (%)		79		70		68		65		57		68			
	R O G E R II	Encaminhamento para especialista	104	112	144	107	92	84	114	151	96	117	106	121	656	692
		Usuário faltou consulta com especialista	45	39	45	37	26	34	35	73	38	47	28	40	217	270
		Absenteísmo (%)	43	35	31	35	28	40	31	48	40	40	26	33	33	39
		Famílias cadastradas sob responsabilidade dos ACS		934		927		927		926		930		931		
Famílias visitadas pelos ACS			616		617		619		561		637		646			
Cobertura de visita do ACS (%)			66		67		67		61		68		69			
R O G E R III		Encaminhamento para especialista	61	121	109	91	102	201	111	137	114	137	148	109	645	800
		Usuário faltou consulta com especialista	29	40	55	45	36	76	30	63	40	64	42	47	232	335
		Absenteísmo (%)	48	33	50	49	35	38	27	46	35	47	28	43	36	42
		Famílias cadastradas sob responsabilidade dos ACS		874		880		1048		1048		1043		1041		
	Famílias visitadas pelos ACS		596		536		837		837		653		716			
	Cobertura de visita do ACS (%)		68		61		80		80		63		69			
	Total de encaminhamentos para especialista														1734	2290

Fonte: Pesquisa de campo. SIAB, SISREG, 2010.

Entre as equipes, a USF I foi a que apresentou maior aumento de absenteísmo no comparativo com 2009 / 2010, chegando a 148%, enquanto que a USF II apresentou aumento de 24,42% e a USF ROGER III, 44,39%.

Porém o absenteísmo continuou na USF Roger III com o maior número de absenteísmo.

Em 2009, das 1734 consultas encaminhadas da atenção básica para a especializada, 570 não foram realizadas, enquanto que em 2010, houveram 2.252 encaminhamentos e 896 perdidas. Ao comparar esses períodos, verifica-se um aumento de 7%. Ou seja, além de um alto valor de absenteísmo em relação ao valor de referência definido pelo DSIV de 20%, houve um agravamento desta situação em 2010. Destaca-se ainda que o Ministério da Saúde não define um parâmetro do que seria uma taxa máxima de absenteísmo aceitável.

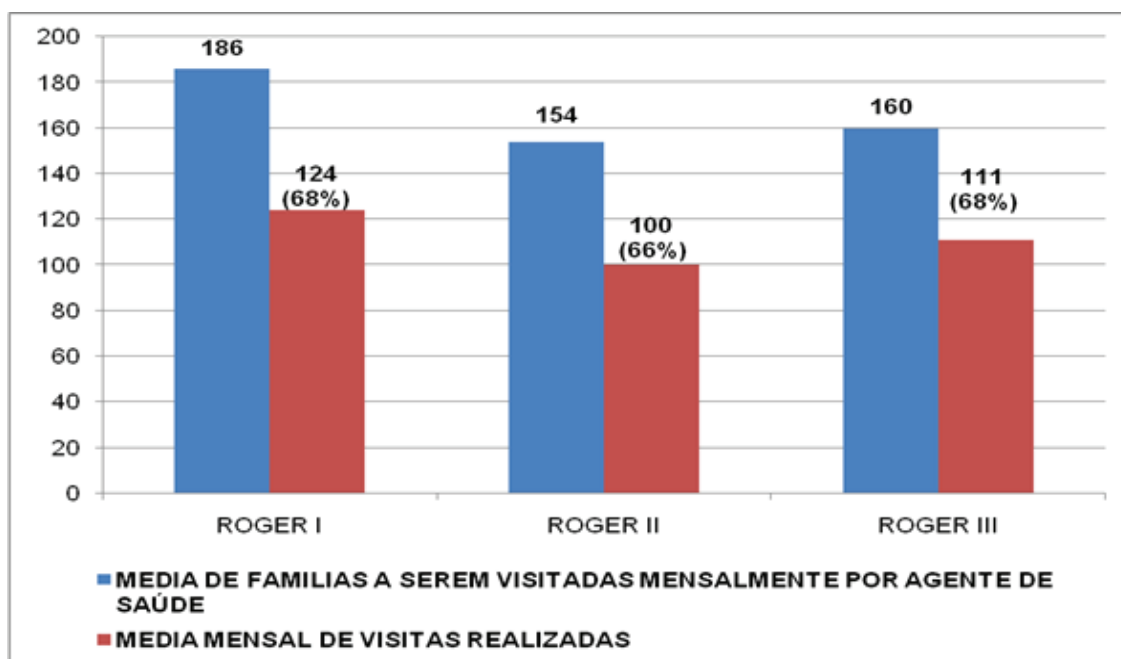
Uma possível contribuição para ter tido esse aumento do absenteísmo de um ano para o outro em todas as equipes, seria a retirada do

profissional de marcação de consultas no ano de 2010, o que pode ter dificultado a marcação de consultas.

As visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde como mecanismo de enfrentamento do absenteísmo.

A visita domiciliar é a principal atividade dos agentes comunitários de saúde. O Ministério da Saúde preconiza que cada agente de saúde seja responsável por uma microarea que corresponda a pequenos aglomerados de famílias que não devem ultrapassar o máximo de 150 famílias ou 750 pessoas ⁵. A visita domiciliar deve ocorrer no mínimo uma vez por mês para cada família cadastrada ²². Além desta, há uma gama de atividades desenvolvidas que combinam com o objetivo da incorporação desse profissional às equipes de referência. Além das atividades de participação em grupos educativos (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc.), trabalho comunitário, cadastramento de famílias e vigilância em saúde, há a busca ativa de faltosos aos programas ²³.

Gráfico 4 – Média de visitas domiciliares realizadas pelos ACS em cada USF do bairro do Roger no ano de 2010.



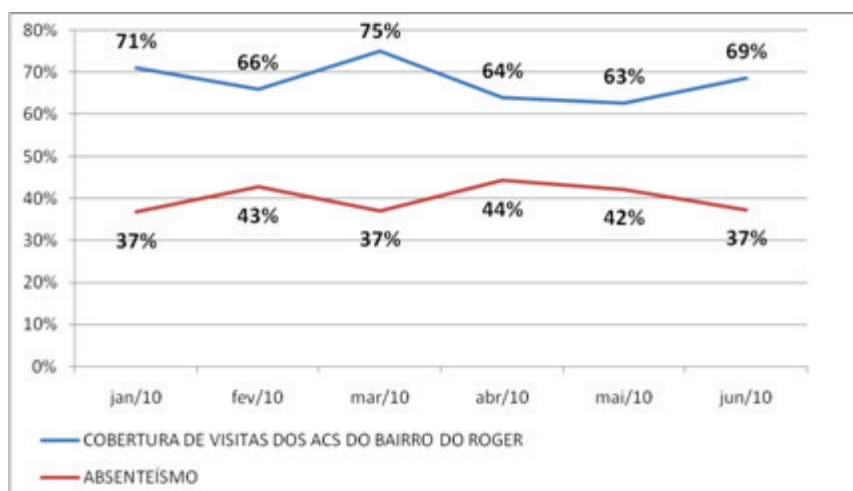
Fonte: SIAB, 2010.

Em consulta ao SIAB (ver **gráfico 4**), verificou-se que a média do número de famílias cadastradas por agente comunitário de saúde é: Roger I (186), Roger II (154) e Roger III (160).

Acobertura de visitas domiciliares realizadas, nas três equipes, apresenta um déficit de mais de 30% de cobertura, apresentando margem para o aumento de visitas domiciliares.

A média de famílias por agente de saúde de cada unidade excede o preconizado pelo Ministério da Saúde, porém não chega a 550 usuários / agente de Saúde, outro parâmetro do Ministério da Saúde. Desta forma o déficit de cobertura de visitas domiciliares não pode ser justificado apenas pelo excesso de famílias.

Gráfico 05: Relação entre o absenteísmo e a proporção de visitas domiciliares realizadas por mês pelos agentes de saúde, no bairro do Roger.



Fonte: Pesquisa de campo. SIAB, SISREG; 2010.

Ao relacionar a cobertura de visita domiciliar do bairro do Roger, equivalente a cobertura dos agentes das três equipes, verifica-se que o absenteísmo em 2010 apresenta uma relação direta e inversamente proporcional entre essas variáveis. Nos meses em que foi apresentada maior média de visitas realizadas pelos agentes de saúde das três equipes- meses de janeiro (71%), março (75%) e junho (69%) observou-se declínios no absenteísmo. Assim, o trabalho do agente de saúde no cumprimento do mínimo de visitas preconizadas, pode garantir a redução do absenteísmo.

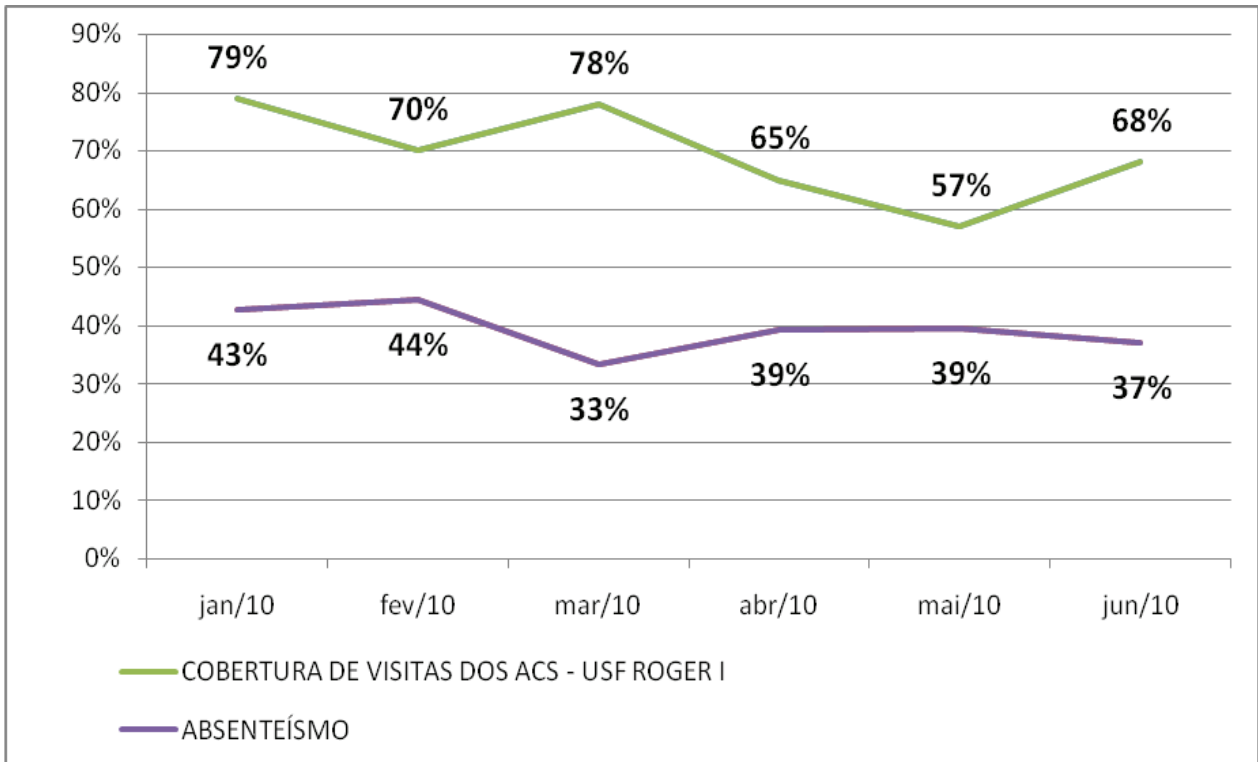
No que diz respeito à percepção dos usuários, o relato que se segue evidencia um exemplo

típico de que o acompanhamento sistemático, evitaria esse tipo de desperdício de trabalho e agravamento dos problemas de saúde :

“Minha consulta foi marcada num dia de sexta-feira à tarde. Sou abeleleiro... é o dia e horário que tenho mais clientes, não posso sair do salão.” (Usuário RII)

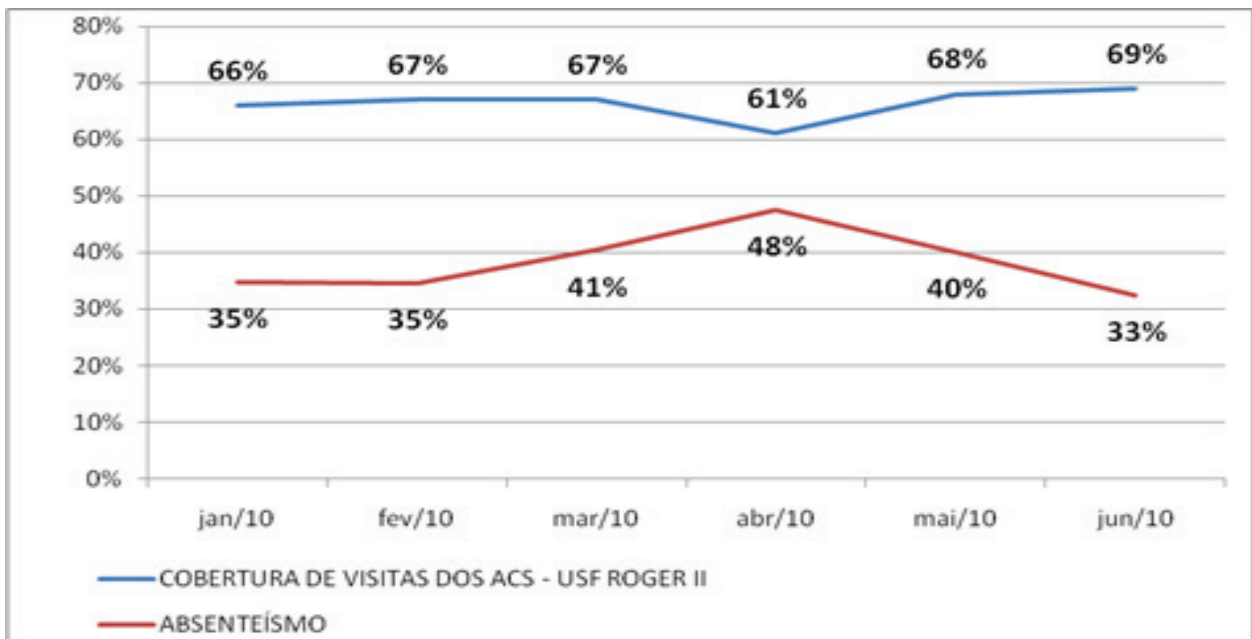
A seguir, os gráficos 6, 7 e 8 comparam a evolução mensal da cobertura de visita domiciliar do agente de saúde com o absenteísmo, por USF.

Gráfico 6: Relação entre o absenteísmo e a proporção de visitas domiciliares, por mês, da USF ROGER I.



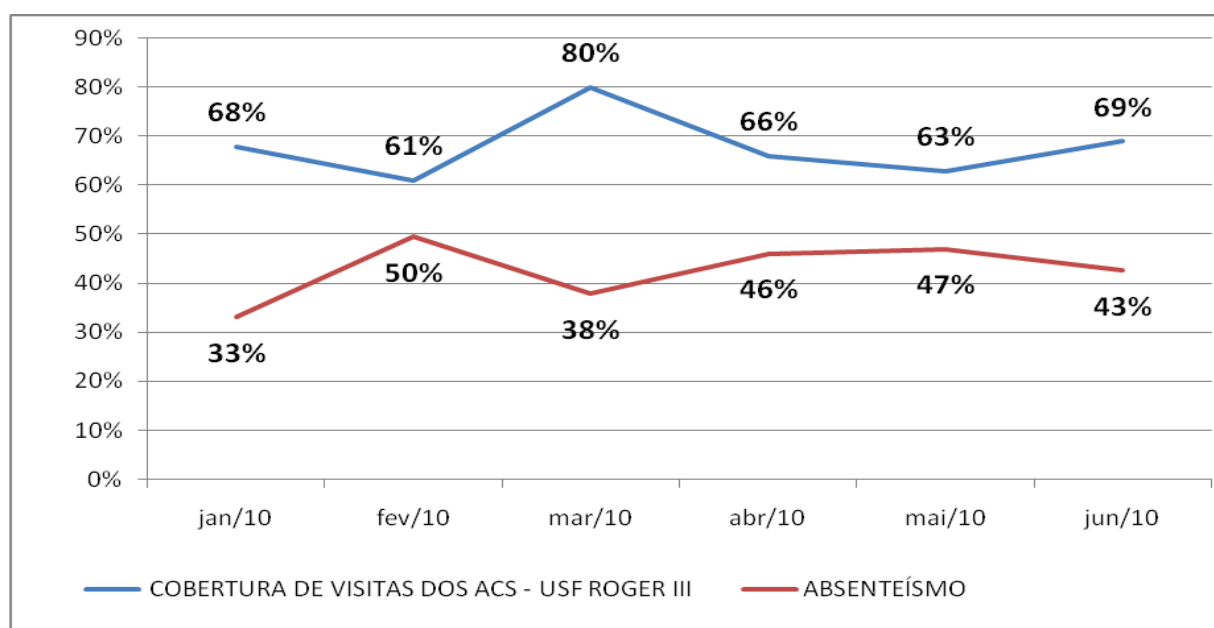
Fonte: Pesquisa de campo. SIAB, SISREG; 2010.

Gráfico 7: Relação entre o absenteísmo e a proporção de visitas domiciliares, por mês, da USF ROGER II.



Fonte: Pesquisa de campo. SIAB, SISREG; 2010

Gráfico 8: Relação entre o absenteísmo e a proporção de visitas domiciliares, por mês, da USF ROGER III



Fonte: Pesquisa de campo. SIAB, SISREG; 2010.

Os dados apresentados nos gráficos 6, 7 e 8 explicitam a idêntica tendência nas três equipes, conferindo força à hipótese de relação direta e inversamente proporcional entre as variáveis, pois na medida em que se aumenta o número de visitas produz-se um menor número de absenteísmo.

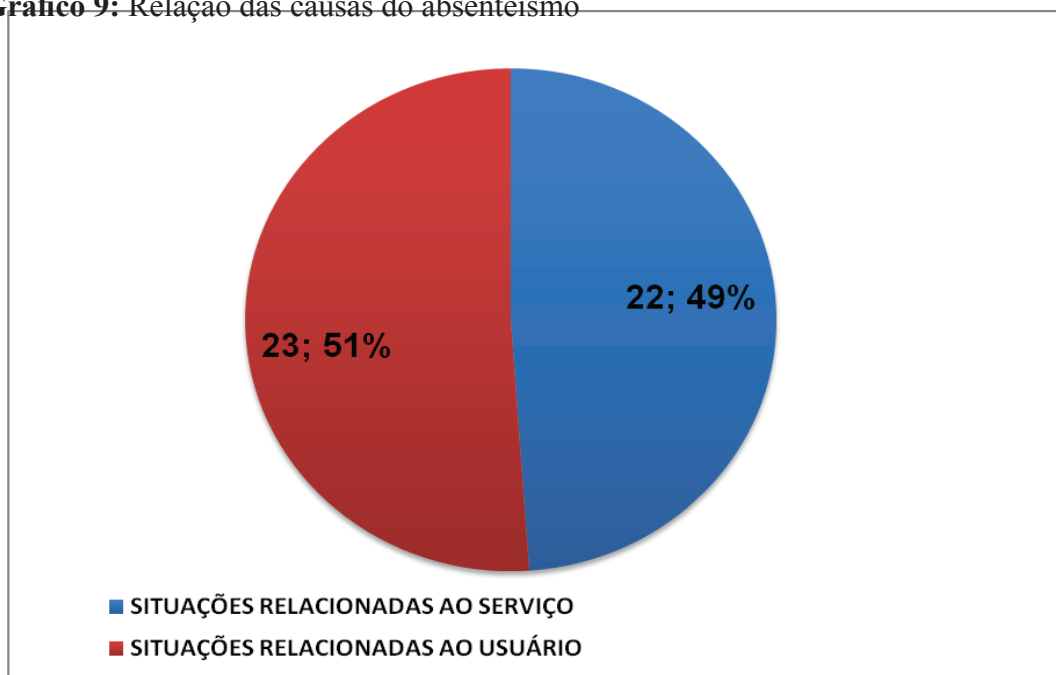
A percepção dos usuários sobre as causas do absenteísmo

Entre os entrevistados a média de idade foi de $41,9 \pm 17,8$ anos. Quanto ao sexo, 88% dos entrevistados foram do sexo feminino e 12% do sexo masculino. No que se refere ao grau de escolaridade, 50% tem o ensino fundamental incompleto, 18% tem o ensino médio completo, 16% são analfabetos, 13% tem o ensino fundamental completo e 2% ensino superior incompleto.

As respostas foram categorizadas em dois grupos referentes à responsabilidade pelo absenteísmo. O primeiro grupo refere-se às situações relacionadas ao **usuário** e o segundo grupo às relacionadas ao serviço (sendo entendido como sinônimo de **gestão**).

Aproximadamente uma metade dos casos estão relacionados com a gestão do serviços e, consequentemente, vinculados à necessidade de adoção de novas prática. E a outra metade, relacionadas ao comportamento do usuário. Como são distintas as situações (usuários e gestores) uma vez que um é ofertante e o outro demandante, requerem diferentes e articuladas abordagens.

Gráfico 9: Relação das causas do absenteísmo



Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

A ocorrência do absenteísmo gera vários problemas para cada ator (usuário, o demandante; gestor, o ofertante), como se vê no **tabela 2**.

Tabela 2 - Problemas gerados pelo absenteísmo de consultas especializadas, por ator.

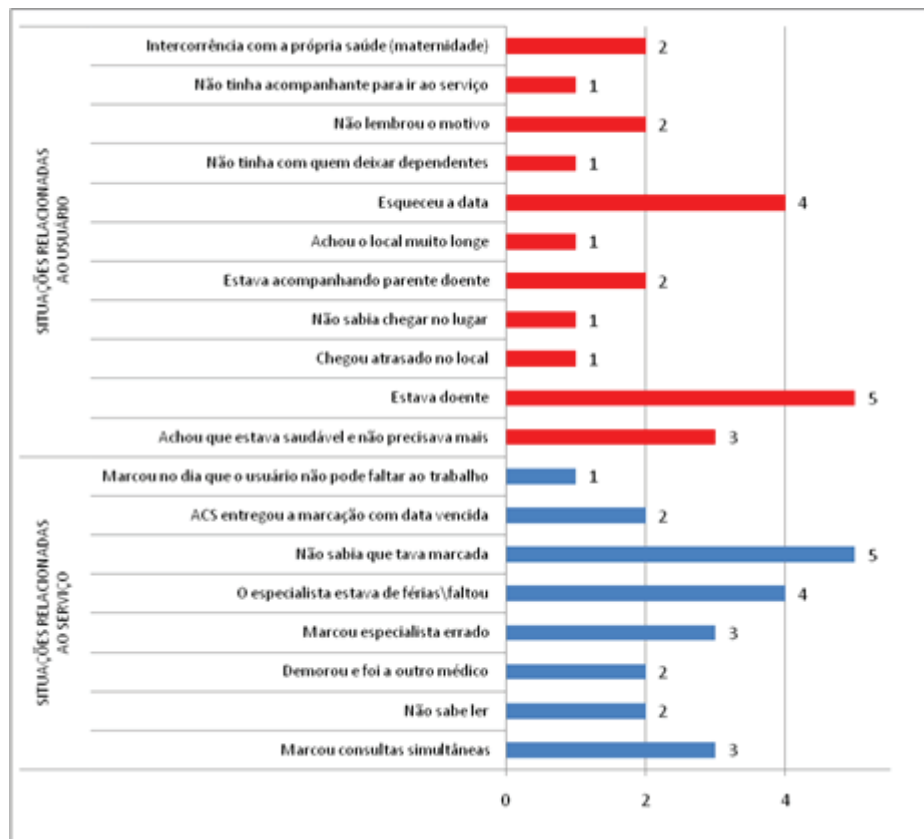
Ator	Problema gerado pelo absenteísmo
Usuário	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adiamento das suas necessidades de cuidado. ➤ Aumento da insatisfação com o serviço. ➤ Aumento do tempo de espera para marcar a consulta
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crescimento progressivo da demanda reprimida reduzindo a possibilidade de acesso porque o mesmo usuário volta a demandar atendimento especializado <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desequilíbrio na oferta de serviços. ➤ Aumento dos custos assistenciais, visto que o adiamento pode provocar agravo da condição referida do usuário. ➤ Desperdício dos serviços, desde a consulta do médico da atenção básica, o trabalho do marcador, a visita do ACS para entrega do agendamento, o trabalho do especialista. ➤ Perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

No gráfico abaixo chama atenção na categoria “relacionadas ao usuários” o “adoecimento” com 21,7% dos motivos de absenteísmo; o esquecimento da data marcada para a consulta

representa 17,3% e os que achavam que estavam saudáveis e não precisavam mais ir à consulta somaram 13 %.

Gráfico 10: Tipos de absenteísmos, segundo categorias “relacionadas aos usuários” e “relacionadas gestão do serviço”.



Fonte: Pesquisa de campo, 2010

Na categoria “relacionada a gestão do serviço”, a maioria, 21,7% refere-se a não tomada de conhecimento de que a consulta estava marcada.

A fala do usuário RIII06 ilustra bem essa situação:

“Não faltei numa consulta. Estou é erando há mais de 5 meses para serem o gista e até agora nada”.

Ao consultar o SISREG constatou-se que, caso, haviam três marcações de consultas de angiologia para este usuário, sendo todas com registros de falta. Ou seja, trata-se de um problema relacionado ao serviço, uma vez que a consulta marcada não foi comunicada ao

usuário.

A segunda causa de absenteísmo na mesma categoria “relacionada ao serviço” refere à ausência do profissional especialista de seu posto de trabalho, apresentada por 17,3% dos usuários, a exemplo da usuária RI31:

médico estava de férias. Cheguei lá e ele não estava.”

Consultas marcadas simultaneamente no mesmo horário e consulta marcada para especialista diferente da que estava na solicitação de encaminhamento foram registradas por 13,6%: “O marcador marcou para mim e para meu filho no mesmo dia e horário. Ai eu escolhi levar meu filho” (Usuária

RIII15).

o faltei, mas chegou um encaminhamento aqui em casa para médico do ouvido. A doutora nem pediu esse médico, pediu o de vista. Lá é assim, perdem tudo, já é o segundo que perdem” (Usuária RIII27).

A primeira situação poderia ser corrigida se o sistema de marcação bloqueasse ou avisasse casos de conflito de horários e datas. A segunda revela a falta de atenção do marcador de consultas, ou deficiências em sua qualificação, seleção ou treinamento, ou ainda indefinição de normas de rotinas no setor parametradas por requisitos de qualidade.

A vivência da autora deste artigo nas USF's estudadas constatou junto aos profissionais dessas equipes a ausência de rotina e instrumentos formais de comunicação com o marcador, tais como ficha de registro, ou espaço na própria guia de encaminhamento para observações de preferências do usuário quanto data, lugar e horários convenientes para estes.

O novo sistema de regulação (SISREG) não tem possibilitado um diálogo onde o usuário possa expressar suas preferências, possibilidades e limites para a realização das consultas que antes eram atendidas diretamente através de esperas nas filas dos serviços especializados de interesses. Os custos do antigo sistema eram as penosas filas, inclusive nas madrugadas. Hoje, substituída pelo “conforto” da fila virtual, porém uma vez conseguida a marcação, ficam garantidos data, local e horário de atendimento .

CONCLUSÕES

O absenteísmo de consultas especializadas é um problema relevante e que acarreta reflexos negativos para os três níveis de atenção. Nesse estudo foi possível observar que se trata de um fenômeno multi - causal, onde as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos (trabalhador, gestão e usuário). Destaca-se que as causas relacionadas com o serviço e a sua gestão são passíveis de correção mediante readequação do processo de trabalho, e portanto, sob maior governabilidade dos gestores que são os responsáveis pela indução da política.

Na rede de saúde as equipes de saúde da família podem ter atuação destacada na gestão do absenteísmo por ser nesse nível da rede o local onde são geradas as marcações de consultas e o *locus* de contato com aquele que demanda a consulta, o usuário. Desta forma, deve-se discutir as atribuições dos atuais membros da equipe em relação a regulação das consultas especializadas.

Na visita domiciliar do agente de saúde devem estar incluídas ações de monitoramento das consultas marcadas, permitindo devolução de vaga ao sistema ou informações complementares requisitadas pelo usuário quanto ao deslocamento para o serviço agendado.

Apesar desse estudo não esgotar a identificação de causas geradoras do absenteísmo, nem tão pouco evidenciar todas as possibilidades de intervenção frente a esse problema, fica visível o impacto da redução do absenteísmo mediante o aumento de visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde.

A definição do limite máximo de absenteísmo

“aceitável” definido em política nacional de saúde também se faz necessário, pois contribui como um balizador de monitoramento por parte dos serviços e gestores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2008. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2009.

2. Correa A KF de CC. Análise do Programa de Atendimento às Crianças, com Maloclusões, nos Centros de Especialidades Odontológicas. Dissertação [mestrado]. São Paulo; SP: [s.n], 2009. 62 p.

3. Castro JD de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre 4(7), jan/jun 2002; p. 122-135.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão da saúde. Gestão/Financiamento. Gestão descentralizada. Condição de Gestão. 2012. Acesso em 26/09/2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/319/gestao-da-saude-publica.html>>.

5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006. 164 p.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.488/2011, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para

a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Acesso em: 14 de março de 2012. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/info_legislacao.asp>.

7. Silva MEM da. O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração – Porto Alegre, 2004.

8. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2010; 15(5):2307-2316, 2010.

9. Viana ALd'Á, Lima LD de, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2010; 15(5):2317-2326.

10. João Pessoa. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Notícias: Aumenta a oferta de exames e consultas especializados em JP. Dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/?n=9750>> Acessado em: 15/04/2010.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Regulação / Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (SISREG). DATASUS/Coordenação - Geral de Desenvolvimento de Sistemas Informatizados. Otimizar o atendimento é melhorar a saúde. SE/SAA/CGDI/Editora MS – Brasília/DF – outubro – A4 -*1087/2006.

12. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho

Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 174 p. (Coleção Pró-gestores – Para entender a gestão do SUS, 10)

13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de Implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

14. World Health Organization. Primary Health Care. Genebra:WHO; 1978.

15. Merhy EE, Onocko R. (Orgs.); Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997.

16. Franco TB. Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde; Tese de Mestrado; Campinas (SP); Unicamp, 1999.

17. Franco TB, Magalhães JH. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

18. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acessado em 10/09/2010.

19. João Pessoa. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde de João Pessoa 2006-2009. Setembro, 2006.

20. Koury, Mauro Guilherme Pinheiro . Os Medos Corriqueiros e a Constituição da

Sociabilidade na Cidade de João Pessoa. In: Mauro Guilherme Pinheiro Koury. (Org.). Medos Corriqueiros e Sociabilidade. Medos Corriqueiros e Sociabilidade. João Pessoa: Editora Universitária / Edições do GREM, 2005, v. , p. 7-16.

21. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(1):17-27.

22. Brasil.Ministério da Saúde. Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília: 2003. Disponível em:<<http://www.saserj.org.br/propostaacs.htm>>. Acesso em: 14 de novembro de 2010.

23. Nascimenti EPL, Correa, CR da S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(6): 1304-1313. “édico estava de férias. Cheguei lá e ele não estava.” Consultas marcadas simultaneamente no mesmo horário e consulta marcada para especialista diferente da que estava na solicitação de encaminhamento foram registradas por 13,6%:

Artigo apresentado em 28/01/2013

Artigo aprovado em 28/08/2013

Artigo publicado no sistema em: 13/09/2013